Rok XXVIII. Kraków, 20 Kwietnia 1889. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O poronnem leczeniu kiły

napisał
Dr. Z. Krówczyński we Lwowie.

Trudności napotykane w leczeniu chorób zakaźnych w ogólności a przedewszystkiem kiły znacznie umniejszyłyby się, gdyby wynaleziono sposób niezawodny niszczenia choroby z chwilą jéj okazania się. Pozornie zdawałoby się, że najłatwiéj powinno się zapobiedz chorobie, któréj sposób powstawania i przenoszenia się jak w kile dokładnie znamy. Tymczasem ani przez państwa używane sposoby, zasadzające się na uregulowaniu prostytucyi, ani środki zalecane dla indywidualnéj ochrony nie wydają pożądanych rezultatów, ani wielkiéj doniosłości odkrycia bakterjologiczne przynajmniéj przy dzisiejszym stanie nie ułatwiają zapobieżenia kile. A myśl zniszczenia choroby z chwilą jéj okazania się była dawno podjętą, jak świadczy historyja. Już bowiem Jan de Vigo (1508) a po nim Blegny (1696) a później John Hunter (1787) zalecali niszczenie pierwotnego objawu kiły za pomocą kauteryzacyi a ostatni za pomocą wycięcia; zamięszanie jednak pojęć co do istoty choroby i błędne poglądy teoretyczne były powodem, że porzucono proponowany sposób leczenia, mający na celu zapobiedz uogólnieniu się choroby — nie zwrócono nawet uwagi, że Ricord (1847) zalecał tak wypalenie jako też wycięcie nawet po dokonanem przez siebie wyróżnieniu szankrów miękkich od pierwotnych objawów kiły, zwanych szankrami twardemi i dopiero rzecz podjęta na nowo przez Huntera (1867) zainteresowała badaczy i znalazła bardzo wielu naśladowców. W téj chwili z mniejszym lub większym zapałem robiono wszędzie doświadczenia, w których nam Polakom przypada także poważny udział, jak świadczy szereg imion lekarzy, podanych w porządku chronologicznym podjętych doświadczeń: Rydygier, Klink, Krówczyński, Zarewicz (1879, 1884) Chądzyński (1880) Danek i Watraszewski (1884); wielka zaś część zasługi przypada Auspitzowi (1877), że nietylko Niemców, ale i lekarzy wszystkich narodowości zachęcił do podjęcia doświadczeń. Nie będę wyliczał całego długiego szeregu lekarzy, którzy za przykładem Auspitza wycinali pierwotne objawy kiły w celu jéj zapobieżenia, ani nie będę podawał szczegółowo rezultatów osiągniętych, zaznaczę tylko, że każdego wtajemniczonego w wyniki doświadczeń zadziwić musi, iż sprawa poronnego leczenia kiły za pomocą wycinania znalazła wielu zwolenników w Niemczech, a przeciwników we Francyi. Jeżeli kwestyję tylekrotnie omawianą jeszcze raz przypominam, czynię to dlatego, że w ostatnich chwilach pojawiły się dwie poważne prace, z których jedna jest odbiciem poglądów Neissera[1]) i przeważnéj liczby lekarzy niemieckich, druga przeważnie badaczy francuskich, któréj autorem jest znakomity patolog M. Cornil[2]), a wyniki obu tych prac są wręcz przeciwne, gdy bowiem Böhm radzi we wszystkich przypadkach, gdzie to tylko możliwe, przedsiębrać wycinania, albowiem „teoretycznie i naukowo uzasadniona możliwość, że przez miejscowe traktowanie pierwotnego objawu kiły uogólnieniu (*Constitutionell werden*) się kiły można zapobiedz, na drodze doświadczalnéj jest stwierdzoną". Cornil uważa wycinanie mające na celu zapobiedz kile jako nieużyteczne, a nawet szkodliwe, jeśli przez to opóźnia podanie rtęci. Do takich rezultatów dochodzą powyżéj wymienieni autorowie, z których pierwszy uwzględnia wszystkie dotąd znane przypadki w liczbie 672, ale wnioski wysnówa z 588 przypadków, z których 139 było dodatnim rezultatem uwieńczonych czyli takich, w których wycięcie uchroniło od uogólnienia się kiły, a w 446 był wynik ujemny lub objawy ogólnéj kiły wystąpiły. Na tychże samych przypadkach uwzględniając 446 przypadków opiera swoje zdanie Cornil przytaczając, że według podania

[1]) *Ueber die Excision der syphilitischen Initialsclerose Inaugural Dissertation von J. Böhm* 1886. [2]) *Rapport sur le memoire adressé au réponse à la question suivante: Preciser par une série d'observation, s'il existe un traitement abortif de la Syphilis confirmée, Prix Herpin. Academie de médecine* 9 *novembre* 1886.

robiących powyższe doświadczenia z wycinaniem miało być 105 z wynikiem dodatnim a 339 z ujemnym. Jakże wytłumaczyć tę sprzeczność we wnioskach z tychże samych doświadczeń wyciągniętych? Böhm w odpowiedzi przeciwnikom wycinania nie przeczy, że między przypadkami z dodatnim wynikiem znajdują się także przypadki, w których obserwacyja nie była zbyt dokładna i za krótko trwała, jako też takie, o których wątpić można, czy były zapowiedzią mającéj się wytworzyć kiły. Zupełnie się godzi, że nawet badania mikroskopowe, gdyby były w każdym przypadku z pozytywnym rezultacie wykonane, stanowczo kwestyi, czy wycinano objawy pierwotnéj kiły, nierozwiązywałyby — nie śmie jednak wątpić, że w ogłoszonych przypadkach niewątpliwie jest pewna ilość, chociażby znacznie mniejsza, niż ją cyfra 139 wykazuje, takich przypadków, w których wycinano niewątpliwie pierwotne objawy kiły z powodzeniem, to jest, że po wycięciu do wytworzenia się zmian objawów ogólnéj kiły nie przyszło. Cornil z wszelką słusznością żąda, aby przedewszystkiem nie ulegało wątpliwości rozpoznanie, aby obserwacyja co do objawów ogólnéj kiły była dostateczna, jednem słowem żąda, aby przypadki z dodatnim rezultatem wytrzymały najostrzejszą krytykę. Niestety słusznemu żądaniu Cornila nie czynią zadość nawet przypadki przez najpoważniejszych badaczy ogłoszone, jak to zaraz będziemy starali się przykładem stwierdzić, a grzeszny pośpiech, właściwy czynnościom naszego wieku, a dający się wytłumaczyć, jest widoczny w wielu ogłoszonych doświadczeniach. Przytoczmy kilka przykładów z Auspitza. W trzecim przypadku Auspitza a pierwszym z dodatnim rezultatem, opowiada A., że zaraz na drugi dzień po spółkowaniu spostrzegł chory rankę, nadżerek, który w biegu 14 dni nie zagoił się a 17 dnia, gdy A. pierwszy raz chorego badał, był podłużny wrzód wielkości grochu na wewnętrznéj powierzchni napletka, stożkowaty z brzegiem nie ostrociętym szarą wypociną obłożonym, który mało ropy wydzielał. Podstawa owrzodzenia była miernie naciekła, niedokładnie ograniczona, grubość połowy grochu [1]). Gruczoły mało obrzmiałe, nie bolesne. Nie ulega wątpliwości, że powstanie nadżerk, natychmiast po spółkowaniu, który nie tylko nie zagoił się, lecz zmienił się w podłużne owrzodzenie o podstawie miernie naciekłéj, niedokładnie ograniczonéj, któremu towarzyszyły mało obrzmiałe gruczoły pachwinowe, nie odpowiada typowi codziennemu pierwotnego objawu — i stanowczego dowodu zupełnie brakuje, że rzeczywiście wycięto wrzód twardy, syfilityczny objaw. Nie jest wolnym od zarzutu drugi przypadek wycięcia z pomyślnym skutkiem, w którym wprawdzie był wrzód o chrząstkowatem stwardnieniu brzegów i podstawy, która mogła powstać z powodu drażnienia przez spółkowanie w czasie już istniejącego owrzodzenia, którego dokonał chory na trzy dni przed zgłoszeniem się do Auspitza, a co, jak mnie własne doświadczenie poucza, bardzo często się zdarza po każdém drażnieniu zwykłych owrzodzeń a szczególnie po spółkowaniu. Łatwo uczynić zarzut trzeciemu przypadkowi wycięcia z dodatnim rezultatem, który umieścił pod l. 8; w tym bowiem przypadku było owrzodzenie z brzegami chrząstkowatemi, nad powierzchnię przerosłemi, a ta postać pierwotnych objawów kiły jest bardzo wyjątkową, zaszły w tym przypadku bardzo krótko, bo 4½ miesięcy trwała obserwacyja. W 4-tym przypadku wycięcia z dodatnim skutkiem opisanym pod l. 9 bynajmniéj charakter owrzodzenia bez stwardnienia nie odpowiada znamionom pierwotnego objawu kiły a wytworzone na wolnym brzegu napletka stwardnienie pod owrzodzeniem zdarza się właśnie skutkiem drażnienia szczególnie, gdy siedziba owrzodzeń jest na wolnym brzegu napletku; tenże sam zarzut można zrobić następnym przypadkom ogłoszonym pod l. 10 i 12, 15, 17. W przypadku 19 opis nie przemawia za pierwotnym objawem a stwardnienie lejkowatych owrzodzeń miękkich bywa rzeczą powszednią — zapewnienie pisemne stróża domowego za krótko pod obserwacyją lekarską pozostającego, że nie miał objawów ogólnéj kiły, nikogo przekonać nie powinno, równie jak w 22 i 23 przypadku, w którym 37-dniowa i 6-miesięczna obserwacyja jest najcięższym choć nie jedynym zarzutem. Przypadkowi ogłoszonemu pod l. 24 słusznie zrobić można zarzut, że stwardnienie było następstwem trzyrazowego lapisowania dokonanego przez pacyjenta. W 25 pominijając zarzut za krótkiéj obserwacyi możnaby stwardnienie owrzodzenia wytłumaczyć jego siedzibą. W 29 trwała obserwacyja tylko 16 tygodni, w 31 tylko 4½ miesiąca, w 32 tylko 3 miesięcy a w 33 tylko dziewięć tygodni.

Oto wszystkie przypadki ogłoszone przez Auspitza, w których rezultat po wycięciu miał być dodatni. Nieopieram się bynajmniéj twierdzeniu, że wytłumaczenie podane przezemnie ma wyłączne prawo do prawdy, ale każdy nie uprzedzony musi przyznać, że powyżéj przytoczone przypadki nie wytrzymują krytyki i nie stwierdzają stanowczo bez wszelkiéj wątpliwości, że wycinano faktycznie pierwotne objawy, po których zazwyczaj występują późniéj objawy ogólnéj kiły. To cośmy powiedzieli o przypadkach ogłoszonych przez Auspitza, da się niestety powiedzieć prawie o wszystkich ogłoszonych przypadkach, dlatego też żądanie Cornila co do niezbitéj pewności rozpoznania jest zupełnie słuszne.

Ponieważ niektórzy lekarze powitali doświadczenia Bumma wycinającego nie tylko pierwotne objawy kiły, ale równocześnie gruczoły pachwinowe, których powiększenie jak wiadomo jest najstalszém zjawiskiem, dlatego poddamy krytyce doświadczenia i rezultaty otrzymane przez Bumma [1]). Jak wiadomo na 7 przypadków, których historyja w krótkości podaje, otrzymać miał Bumm w dwóch przypadkach rezultat dodatni a mianowicie w przypadku oznaczonym l. III. i II. Co do pierwszego dodatniego przypadku z całą słusznością zarzucić można, że on nie jest przekonywający, a zapalenie migdałków w sierpniu występujące w 4 miesięcy po zarażeniu i stawianie się chorego co trzy tygodnie do skontrolowania stanu, są to słabe strony przytoczonej obserwacyi. Mam prawo powątpiewać o dodatnim rezultacie, obserwowałem sam bowiem przypadek bardzo podobny, a tém się różniący, że wyciąłem owrzodzenia przed zajęciem gruczołów, a w dalszym biegu obserwowałem powiększenie migdałków i wysypkę plamistą; zaledwie stwierdzić się dającą, która literalnie tylko 3 dni trwała.

Późniéj podam w krótkości historyję tego przypadku. Co do przypadku z dodatnim rezultatem operowanego a pod l. 5 umieszczonego muszę zauważyć, że doświadczenia u kobiet zawsze są mniéj przekonywające. Przypadek ten dotyczy służącéj, która zgłosiła się 25 czerwca 1881 do obserwacyi. Po lewéj stronie — pisze Bumm — na błonie śluzowéj wejścia do pochwy, częściowo jeszcze wargę mniejszą zajmując, znajduje się powierzchowne owrzodzenie, łyszcząco-czerwone za dotykiem wyraźnie stwardniałe. Powyżéj na téj

[1]) *Die Basis des Geschwüres liess eine mässige nicht deutlich umschriebene Härte von der Dicke einer halben Erbse wahrnehmen.*

[1]) *Zur Frage der Schanker Excision. Vierteljahresschrift für Dermatol. u. Syphilis.*

samćj wardze znajduje się drugie wielkości soczewicy owrzodzenie chrząstkowato twarde; wejście do pochwy nieco zapalno zaczerwienione, błona dziewicza jeszcze zupełnie utrzymana. Z cewki wypływa w znacznćj ilości zielonawa ropa, w którćj liczne mikrokoki Neissera stwierdzono. W lewćj pachwinie wysuwa się gruczoł wielkości jaja gołębia połączony z drugim mniejszym, oba przesuwać się dają i są niebolesne. Przytoczyłem dosłownie, jak Bumm podaje historyję choroby, aby zwrócić uwagę, że podobne przypadki, w których powierzchowne owrzodzenia na wargach się znajdują, wywołane nadżarciem ropy obok obrzęku gruczołów, będącego następstwem nadżerka, nie należą do rzadkich u skrofulicznych. A gdyby moje przypuszczenie było prawdziwe, w takim razie byłoby rzeczą zupełnie wytłumaczoną, że w tym przypadku objawów kiły w dalszym przebiegu nie było, albowiem owrzodzenia nie były kilowe. Powtarzam jednak, że bynajmniej nie opieram się, aby moje przypuszczenie było prawdziwe, podaję je tylko dlatego, aby usprawiedliwić podania przeciwników wycinań, zarzucających, iż dotychczasowe obserwacyje w sprawie wycinań szczególnie niektórych zwolenników nie są przekonywające. Wycinanie gruczołów wraz z owrzodzeniem pierwotnem kiły, zdaniem mojem nie miałoby racyji nawet w takim razie, gdyby ta operacyja była bardzo łatwą i bez wszelkiego niebezpieczeństwa, bo niewiemy, czy w chwili zajęcia gruczołów nie krąży już przyrzut we krwi, czy nie znajduje się on w gruczołach pozornie nie powiększonych, a dodawszy do tego następnie stwierdzone spostrzeżenie Fourniera, że gruczoły pachwinowe i miednicowe bywają zajęte między 6 a 9 dniem po zarażeniu, trudno być zwolennikiem wycinań wraz z owrzodzeniem kiłowem gruczołów, gdy niezbitych spostrzeżeń na korzyść tego rękoczynu przytoczyć nie można. Mimo to zdaje mi się niesłusznem jest zasądzać już dzisiaj, że wycinanie pierwotnych owrzodzeń kiły zawsze jest niekorzystne a nawet może być niebezpieczne. Ponieważ przypadki obserwowane przezemnie odpowiadają żądaniom, jakie Fournier [1]) słusznie stawia, jeśli spostrzeżenia mają być przekonywające, przeto podam kilka historyj chorób w krótkości. Fournier żąda: 1) potrzebę konfrontacyi, 2) wzmiankę o wylęganiu się choroby od 3—7 tygodni, 3) stwierdzenia, że w przypadkach wycięć nie poprzedzała ani wrodzona ani przebyta kiła i 4) obserwacyi trwającćj co najmnićj sześć miesięcy. Z wyjątkiem drugiego żądania odpowiadają wszystkim wymaganiom stawianym przez Fourniera przypadki, które poniżćj podaję, ale już tutaj zauważyć muszę, że we wszystkich przypadkach, w których otrzymywałem rezultat dodatni po wycięciach, wylęganie owrzodzenia trwało znacznie króciéj, niż Fournier żąda i w tém krótko trwającém wylęganiu byłbym skłonny upatrywać przyczynę dodatnich rezultatów, któreto zapatrywania i Haslund wygłasza [2]). Jedyny przypadek ogłoszony przez Berkeleya Hilla osłabia to przypuszczenie, jeśli jednak zważymy, że w tym przypadku zarażenie powstało przez przerwanie wiązadełka żołędziowo-napletkowo, to chociaż wypalenie podejrzanćj ranki nastąpiło w $11\frac{1}{2}$ godzin po spółkowaniu, przyjaznemi warunkami dla przyrzutu możnaby wytłumaczyć, że mimo wypalenia nadżartćj powierzchni kwasem azotowym powstały objawy ogólnćj kiły. Natomiast nie osłabiają mego przypuszczenia przypadki natychmiastowego wycięcia pierwotnego objawu, których wylęganie trwało 2—3 i więcćj tygodni. Zanim podam historyje chorobowe, muszę przypomnieć, jak tłumaczy Bockhardt nieokazywanie się objawów ogólnych kiły po wycięciach pierwotnych objawów. Zdaniem jego te przypadki dają dodatni rezultat, w których kiła rozpoczynała się od mięszanego owrzodzenia (*Gemischter Schanker*), gdy zaś rozpoczynała się od grudki (Pappel), rezultat był ujemny. Może to tłumaczenie jest prawdziwe, może rzeczywiście ciałka białe u podstawy owrzodzenia się znajdujące utrudniają wessanie przyrzutu; moje spostrzeżenia upoważniają mnie do twierdzenia, że objawom ogólnćj kiły można nawet w takich razach zapobiedz, gdy pierwotny objaw kiły występuje nie pod postacią mięszanego owrzodzenia, lecz w postaci grudki. (Dok. n.)

[1]) *Du traitement abortif de la Syphilis. Leçons clinique. et revue générale par Morel-Lavallée.-Gaz. des hôp.* Nr. 72, 116, 1888. — [2]) *Contribution a la solution de la Question: Quand la Syphilis devient-elle constitutionelle?*

II. Z kazuistyki chirurgicznćj.

Podał

Docent Dr. Rudolf Trzebicky.

I.

W sprawie przepuklin ściennych.

Kwestyja przepuklin ściennych, zawierających jako jedyną treść część ściany jelita, należy dotąd jeszcze do rzędu nierozstrzygniętych stanowczo zagadnień herniologicznych. Podczas gdy część chirurgów o ich obecności wcale nie powątpiewa, inni nie mnićj doświadczeni i sumienni badacze z większą lub mniejszą stanowczością istnieniu tychże zaprzeczają. Po znacznćj części przyczyniła się do pogmatwania tćj kwestyi także i niedostateczna skrupulatność w terminologii. Dość powszechnie bowiem jest w zwyczaju zwać wszystkie przepukliny, nie obejmujące całej pętli, tylko część tęjże, przepukliną Littrégo bez względu na to, czy treść przepukliny stanowi część ściany jelita, zresztą zupełnie normalnego, czy też może uwięźnięciu uległ wrodzony uchyłek jelita qiodrowego (Meckela). Biorąc rzecz ściśle ze stanowiska historyi, przyznać trzeba, że nazwa ta należy się wyłącznie tylko ostatnićj kategoryi przepuklin, gdyż w obydwu przypadkach obserwowanych przez Littrégo w roku 1699 (*Observation sur une nouvelle espèce de Hernie*) uchyłek odpowiadający według opisu zupełnie uchyłkowi Meckela, stanowił treść worka przepuklinowego. Przepukliny zaś zawierające tylko część ściany jelita prawidłowego dokładnie dopiero opisał G. A. Richter w rozprawie „*Von den kleinen Brüchen*“ z r. 1785. To též zupełnie słusznie np. Trèves w swéj rozprawie (*Richter's hernia or partial enterocele*, M. ch. Trans. 1887) z konsekwencyją pisze o przepuklinach Richtera w przeciwstawieniu do przepuklin Littrégo.

Co do tćj drugićj kategoryi hernii (*Darmanhangsbruch*) wydarzającćj się zresztą względnie rzadko, nie ozwały się dotąd głosy protestujące, podające ich istnienie w wątpliwość. Przepuklinom ściennym Richtera (*Darmwandbruch*) jednakże zaprzeczył stanowczo zmarły niedawno Roser w całym szeregu rozpraw (*Handbuch der anatomischen Chirurgie* 1872 str. 349 — *Herniologische Streitfragen* 1887 str. 13 — *Ueber Darmwandbrüche*, (Arch. fr. klin. Chir. T. 34 str. 345), twierdząc, że nie podobna pojąć, w jaki sposób część gładkiego, elastycznego i śliskiego jelita bez poprzedniego przymocowania mogłaby uledz uwięźnięciu, zwłaszcza, że przy doświadczeniach przedsiębranych zarówno na jelitach żyjących jak i trupich nie udało się odtworzyć stosunków podobnych. Każda bowiem boczna podwiązka założona na ścianach jelita spłozi się, jeżeli nie jest całkiem mocno, tak jak np. w celu zatamowania krwotoku, założoną. Przypuszcza on li tylko wtedy istnienie przepuklin ściennych, jeżeli poprzednio wytworzyły się zrosty między jelitem a workiem przepuklinowym. Wszystkie inne obserwacyje uważa Roser za mylne i złudne, tłomaczące się tém, że w obec krótkićj pętli leżącćj w kanale przepuklinowym strona odpowiadająca przyczepieniu krézki, zwrócona ku wewnątrz

i pokryta wypukłą stroną jelita, staje się zupełnie niewidoczną. Zdanie Rosera przyjęło wielu poważnych chirurgów. I tak n. p. König w swym znanym podręczniku przyznaje się otwarcie do tego zapatrywania. Inni znów jak n. p. B. Schmidt (*Unterleibsbrüche* w chirurgii Pithy i Billrotha T. III., II. O. 3Z. str. 32) zajmują stanowisko mniéj stanowcze, przecząc tylko, jakoby się zdarzały tego rodzaju przepukliny nieuwięźnięte. Nie brak jednakże wcale chirurgów, którym argumenta Rosera do przekonania nie przemówiły i którzy czy to na podstawie poszczególnych właśnie w kierunku przez Rosera kwestyjonowanym nader dokładnie i skrupulatnie badanych przypadków, czy też na podstawie rozleglejszego materyjału oświadczyli się stanowczo za istnieniem przepuklin ściennych. Wspomnę tu tylko o rozprawach Madelunga (*Hernia cruralis lateralis incarcerata D. Zeitschrift* fr. Chir. T. 6 str. 535), Lorenza (*Ueber Darmwandbrüche,* Wiedeń 1883), Trèvesa (l. c.) Reichla (*Die Lehre von der Brucheinklemmung*, Stuttgart 1886), Lauensteina (*Zur Frage der Existenz der ac. Darmwandeinklemmung, D. med. Wochenschrift*, 1888 Nr. 44), Rosenbergera (*Ein Vorschlag zur Behandlung gangränescirender Darmwandbrüche,* Lipsk 1887), Burckhardta (*Zur Casuistik und Therapie gangränöser Darmwandbrüche, Correspblatt fr. Sch. Ae.* 1887 Nr. 19) i wielu innych. Najdokładniejszą monografią dotyczącą tego przedmiotu zawdzięczamy Lorenzowi, który na podstawie zarówno własnych jak i obcych obserwacyj, protokółów 1-széj kliniki chirurgicznéj i protokółów sekcyjnych szpitala powszechnego w Wiedniu z ostatnich lat 50 skreślił dokładnie objawy kliniczne i anatomiczne tych przepuklin. Lorenzowi udało się nie tylko wykazać, że istnieją przepukliny ścienne inkarcerowane, ale nawet i zupełnie wolne. Z dokładnego bardzo opisu podnieść tu wypada, że w największéj liczbie przypadków pierścień inkarcerujący był nader ciasny i szczelnie zaciskał odsznurowaną część ściany jelita, czyniąc tym sposobem zadość jednemu z postulatów Rosera, który, jak wspomniałem, twierdzi, że tylko mocno zaciągnięta boczna ligatura jest w stanie utrzymać się na gładkich scianach jelita. Tém się też tłomaczy częsta względnie zgorzel uwięźniętej ściany.

W każdym razie sprawa przepuklin ściennych ostro powstających stanowczo po dziś dzień załatwioną nie jest. Roser wprawdzie już głosu zabrać nie może, ale za to obowiązkiem naszym jest podzielić się każdą odnośną obserwacyą z kolegami, by na jedynie tu możliwéj drodze rozleglejszego doświadczenia rzecz wyjaśnić. Mając sobie na ten przedmiot już od dawna zwróconą uwagę, znalazłem się przed kilku miesiącami w tém szczęśliwem położeniu, że zostałem zawezwany do przypadku, w którym rozpoznanie przepukliny ściennéj już i przed operacyją przez jednego z kolegów podane podczas herniotomii zostało stwierdzone w sposób niewątpliwy.

Historya tego przypadku jest następująca:

G. L. lat około 80 licząca z Baranowa, nigdy przedtém cięższych chorób nie przebywała, ani téż przepukliny na sobie nie spostrzegała. Przed 4ma dniami wystąpiły po obfitym obiedzie nagle gwałtowne wymioty, a wezwany lekarz przy dokładném badaniu wykazał w pachwinie lewéj guz wielkości orzecha tureckiego, co do natury którego trudno na razie było stanowcze wyrobić sobie zdanie, zwłaszcza, że chora co do powstania guza żadnych nie była w stanie udzielić wskazówek, twierdząc jedynie, że przedtém w miejscu tém żadnego guza nie czuła. Gdy jednakże wymioty nie tylko nie ustawały, ale nazajutrz zarysował się typowy obraz niedrożności jelit zupełnéj, poczęto domniemywać się przyczyny niedrożności w owym guzie, uważając go za uwięzgłą przepuklinę udową. Chora na proponowaną operacyję zgodziła się dopiero w 4-tym dniu choroby. Wezwany znalazłem stan następujący:

Kobieta wzrostu średniego, licho odżywiona, twarz zapadła, tętno 100, słabo napięte, ciepłota prawidłowa. Brzuch wzdęty jednostajnie, przy ucisku wszędzie, zwłaszcza jednak w dołku podsercowym, bolesny. Od czasu do czasu wśród napadu bólu widać przez cienkie powłoki rysujące się kontury pętli jelitowych. W pachwinie lewéj bezpośrednio na zewnątrz *tuberculum pubicum* guz wielkości orzecha tureckiego, konsystencyi twardawéj, o powierzchni, o ile przy małych jego rozmiarach ocenić było można, nierównéj. Odgłos wypukowy nad guzem stłumiony; skóra nieznacznie zaczerwieniona w fałd trudno ująć się daje. Guz w całości nader mało ruchomy nie przdstawia zresztą żadnych cech przepukliny. Wymioty zielonawe, cuchnące, powtarzają się co kilkanaście minut, stolca brak od 4ech dni; wiatry miały według podania otoczenia choréj odchodzić w 3cim dniu choroby, — obecnie i one są zatrzymane.

W obec tych danych zgodziłem się na rozpoznanie uwięzgniętéj przepukliny udowéj z tym dodatkiem, że zrobione przez jednego z kolegów przypuszczenie przepukliny ściennéj w obec małych rozmiarów guza jest dość prawdopodobnem. Dnia 23 XI z. r. przystąpiłem do herniotomii w narkozie chloroformowéj przy łaskawéj asystencyi kol. Dr. D. Bąkowskiego i W. Pawlasa. Po przecięciu skóry i tkanki podskórnéj przedstawił się oczu naszym drobny tłuszczak, a po wyłuszczeniu tegoż mieliśmy przed sobą guz elastyczny wielkości dużego orzecha laskowego, co do którego niepodobna było stanowczo orzec, ażali był workiem przepuklinowym, czy téż już ścianą całego jelita. Naciąłem guz ten ostrożnie między dwiema pensetkami, poczém wypłynęła łyżeczka mocno cuchnącego, krwawo zabarwionego płynu, a na dnie rany wypuklała się ku zewnątrz ciemno wiśniowo zabarwiona ściana jelita wielkości centa. Po należytém rozszerzeniu ran w naciętych dotąd tylko warstwach dokładnie można było wykazać, że wspomniana dopiero co część ściany jelita stanowiła jedyną zawartość przepukliny. Zaciskający pierścień znajdujący się w jednym poziomie z inkarcerowaną ścianą tak szczelnie ostremi swemi brzegami do niéj przylegał, że wprowadzenie cienkiego i wąskiego herniotomu nader wielkie sprawiało trudności. Po udałém wreszcie nacięciu pierścienia wyciągnąłem całą pętlę poprzed bramę przepuklinową i przekonałem się, że jelito w całości koloru żywo czerwonego i dość mocno rozdęte, ale zresztą zupełnie zdrowe, po stronie przeciwnéj przyczepieniu krézki posiadało drobny uchyłek, mający mniéj lub więcéj 1 ctm. średnicy, a wznoszący się o kilka milimetrów po nad poziom reszty ściany jelita. Sam uchyłek ciemno-wiśniowo zabarwiony otoczony był dokoła obrąbkiem szarawo-niebieskim, odpowiadającym pierścieniowi zaciskającemu; ściany zaś uchyłka w porównaniu z ścianami reszty jelita były daleko wiotsze i łatwiéj w palcach ugnieść się dawały. Zrostów pomiędzy ścianą jelita a otoczeniem nigdzie ani śladu nie dostrzeżono. Sam kanał udowy był nader krótki, tak, że wprowadzonym palcem po staw pomiędzy 2-gą a 3-cią falangą wygodnie można było obmacać peritonealną powierzchnię bramy przepuklinowéj. Chcąc się przekonać, czy podejrzana o zgorzel uwięźnięta ściana jelita po przywróceniu normalnych stosunków krążenia okaże się zdolną do dalszego życia, pokryłem całą pętlę jelita na kwadrans płatkiem gazy jodoformowéj, maczanym w letnim rozczynie kwasu salicylowego, by po upływie tego czasu wybrać najodpowiedniejszą drogę dla dalszego postępowania. Usunąwszy gazę przekonaliśmy się, że uchyłek jako taki znikł zupełnie, a ściany jego wróciły całkowicie do poziomu reszty jelita; jedynie tylko ciemna obwódka okalająca część ściany po stronie przeciwległéj przyczepieniu krézki była wyrazem usuniętéj dopiero co inkarceracyi ściennéj. Ściana uwięźnięta w całości przybrała wejrzenie prawidłowe, w jedném tylko miejscu obwódki pozostała i nadal o zgorzel podejrzaną. Wpukliłem tedy część schorzałą w obec dostatecznéj szerokości jelita w głąb, zespajając po nad nią ściany jelita czterema szwami Lemberta. Po wprowadzeniu pętli do jamy brzusznéj wytamponowałem całą ranę gazą jodoformową, włożywszy poprzód przez kanał przepuklinowy sączek do jamy otrzewnowéj.

Co do dalszego przebiegu obserwowanego bardzo dokładnie przez kol. Dr. Bąkowskiego, muszę tu nadmienić, że objawy niedrożności choć w mniejszém nasileniu przez 3 dni jeszcze się utrzymywały i ustąpiły dopiero po zastosowaniu obfitéj lewatywy: prawdopodobnie w miejscu wpuklenia jelita utworzyło się zwężenie zapalne, a dopiero po ustąpieniu tegoż drożność zupełna wróciła. Pomijając to jedno powikłanie, był przebieg zresztą zupełnie prawidłowy. Rana zewnętrzna goiła się p. s., a chora po upływie 6 tygodni była zupełnie wyleczoną.

Rozpoznanie przepukliny ściennéj w obec tych wszystkich danych chyba nie może ulegać kwestyi. Część ściany uwięźnięta kolorem, konsystencyą i kształtem wyróżniała

się od reszty, a w obec nadzwyczaj krótkiego i ciasnego kanału udowego trudno zgodzić się z Roserem na przypuszczenie, że wcale szeroka w tém miejscu pętla mogła znaleźć pomieszczenie w samym kanale. Trudno też przypuszczać, żeby powstanie malutkiego uchyłku, jako który część ściany uwięźnięta bezpośrednio po usunięciu inkarceracyi nam się przedstawiła, było wyprzedzało uwięźnięcie: rychłe jego zniknięcie po nacięciu pierścienia inkarcerującego przemawia przeciw temu przypuszczeniu. Dywertykuł ten był tylko wyrazem rozdęcia odsznurowanéj części jelita.

Objawy okluzyi jelit zupełnéj wcale także nie przemawiają przeciwko rozpoznaniu przepukliny ściennéj, gdyż znaném jest doświadczenie Scarpy, że podwiązawszy mniéj lub więcéj $^2/_3$ obwodu jelita, nie zdołamy przepędzić przez zwężony kanał prądu wody. Z doświadczeniem tém zgadzają się obserwacyje kliniczne, gdyż we wszystkich prawie przypadkach bocznéj inkarceracyi objawy odpowiadały uwięźnięciu całéj pętli.

Podobny zresztą zupełnie do opisanego dopiero co przypadku miałem sposobność oglądania jako asystent w klinice prof. Mikulicza. Dotyczył on kobiety lat około 50 liczącéj, u któréj przepuklina udowa również nagle wystąpiła przy dźwiganiu ciężkiego przedmiotu. Objawy niedrożności zupełnéj w miernêm jednak nasileniu trwały od 24 godzin, a przy operacyi wykonanéj podczas lekcyi klinicznéj znaleźliśmy stosunki zupełnie podobne do wyż opisanych, tylko, że część uwięźnięta była nieco większą i zupełnie jeszcze zdrową. Przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki.

Podane dopiero co przypadki wprawdzie ani same przez się, ani wraz z innemi dotąd znanemi mechanizmu powstania przepuklin ściennych wytłomaczyć nie zdołają: ale niemożność wytłomaczenia zjawiska nie uprawnia nas jeszcze wcale do zaprzeczenia jego istnieniu.

III. Z pracowni farmakologicznéj prof. L. J. Tumasa w Warszawie.

Hypnoza u żab przy różnorodnych środkach.

(Przyczynek do nauki o hypnotyzmie).

Badanie doświadczalne.

Podał

Edmund Biernacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

Nic nie mogę dodać do wyników, otrzymanych przez Danilewskiego w doświadczeniach z dusznością (*Dyspnoe-versuch*): mogę tylko zauważyć, że typ czysty duszności, opisywany przez tego autora, nie zawsze można obserwować w całéj pełni. Nie podlega wątpliwości jednak to, że żaba, która usuwała bibułę przed hypnozą zaraz lub po $^1/_2$—1 minucie, w śnie hypnotycznym trzyma przeszkodę przez 3—4 minuty. Czasem widywałem zjawisko takiego rodzaju: żaba po wystąpieniu objawów duszności zrzuca przeszkodę, nie zmieniając swéj pozycyji na grzbiecie; potem uspokaja się i daléj leży, jak przedtem. Opisane objawy hypnozy istnieją zawsze jednocześnie u żaby z nienaruszonym układem nerwowym i nie zdarzało mi się widzieć, aby zwierzę zachowywało położenie nie naturalne, a czucie nie było zmniejszone. Mimo to nie mogę twierdzić, aby hypnoza u żab była zawsze jednakową. Na zasadzie tego, co widziałem, jakie wrażenie wyniosłem ze swych doświadczeń, mniemam, że można hypnotyzm u żab podzielić na formy, rozróżniać go, jak to ma miejsce w hypnozie u ludzi. Rozróżniam więc hypnozę lekką, powierzchowną, i głęboką. Nie mogę powiedzieć kategorycznie, aby można oddzielić od siebie ściśle te formy hypnotyzmu, nakreślić między niemi wyraźną granicę i przeciwnie — tego niema, i pomiędzy dwiema głównemi formami istnieją formy przejściowe Różnicy co do objawów głównych niema zupełnie w lekkiéj i głębokiéj hypnozie i wszystkie objawy są obecne tu i tam. Ale mamy pod niektóremi względami różnicę ilościową. Tak w hypnozie głębokiéj czucie w ogóle jest nieco więcéj zmniejszone niż w lekkiéj i objawy katalepsyi woskowéj łatwiéj można zauważyć u żab śpiących głęboko, niż u śpiących powierzchownie. Nasze formy hypnozy różnią się głównie czasem trwania, zachowaniem się względem podrażnień zewnętrznych, typem oddychania. Lekka forma hypnozy, którą otrzymujemy zwykle przy pierwszém hypnotyzowaniu, trwa bardzo krótko, bo 2—3 minuty; oddychanie zwykle jest przyśpieszonem lub normalnem, ale nigdy zwolnionem; zwierzę budzi się samo lub też od najsłabszego podrażnienia zewnętrznego, słabego stuku, uderzenia itp., podrażnienia elektrycznego (silniejszego, niż przed hypnozą). Przy formie głębokiéj żaba śpi długo, nieraz godzinę i dwie i w tym przeciągu czasu sama się nie budzi i oddychanie jest znacznie zwolnione, czasami tak powierzchowne, że je trudno zauważyć. Podrażnienia zewnętrzne nie wywierają takiego znacznego wpływu, jak przy lekkiéj hypnozie: stuk, dotykanie nie budzą żaby. Prąd elektryczny tak samo często nie budzi jéj: zwykle żaba po daniu odruchu nieco się porusza, probuje wstać, znowu śpi spokojnie. Hypnoza głęboka występuje zwykle po kilku hypnotyzacyjach, po zjawiskach lekkiego snu, jako wynik edukacyi hypnotycznéj. Zdarza się także nieraz, że głęboki sen zjawia się odrazu przy nadawaniu żabie położenia na grzbiecie po raz pierwszy. Zwykle każda żaba przechodzi obie formy, najpierw lekką, późniéj głęboką. Zresztą zauważyłem już, że u niektórych egzemplarzy nie można otrzymać dłuższéj i jednocześnie głębokiéj hypnozy.

Przechodzę teraz do właściwych doświadczeń, opracowujących moje zadanie. Pierwszy szereg doświadczeń robiony był ze strychniną. Strychnina, jak wiadomo, jest trucizną, wywierającą wpływ specyficzny na rdzeń i, w szczególności, na jego ruchowe elementa zwojowe. Wiadomo jest także, że strychnina wywiera silne działanie na żaby, tak, że te zwierzęta służą nawet za odczyn fizyjologiczny tego jadu.

W pierwszych doświadczeniach ze strychniną wybierałem po dwie żaby jednakowego gatunku, jednakowéj wielkości i mniéj lub więcéj podobnego temperamentu. Jedna z tych żab była kontrolującą, drugą usypiałem. Po kilku hypnotyzacyjach, gdy zwierzę spało głęboko już 10—20 minut, wstrzykiwałem mu strychninę pod skórę grzbietu lub boku. Jednocześnie taką samą, albo najczęściéj nieco mniejszą ilość jadu wprowadzałem pod skórę żabie kontrolującéj. Po 2—3 minutach pierwszą żabę znowu hypnotyzowałem, przyczém zwierzę odrazu wpadało w sen głęboki; kontrolującą pozostawiałem dla obserwacyi. Co się tyczy ilości wprowadzanego jadu, to używałem różnorodnych dawek: kilka razy wprowadzałem dawki zabójcze, 0,0004—0,0001 grm., ale przy takich ilościach wyniki doświadczeń nie były zadowalające. Dlatego najczęściéj za poradą szan. prof. Tumasa wstrzykiwałem dawki średnie lub też bardzo małe, po których zwierzęta przychodziły do siebie już dnia następnego, mianowicie 0,00001—0,00004 grm.

Objawy zatrucia występują u kontrolującéj i u zahypnotyzowanéj żaby jednocześnie lub też u drugiéj nieco późniéj, lecz objawy te nie są jednakowe i można między niemi przeprowadzić wyraźną granicę. W krótkich słowach możemy streścić dane, otrzymane w tego rodzaju doświadczeniach: z jednéj strony widzimy, że hypnoza wywiera wpływ na działanie strychniny, z drugiéj, że strychnina wywiera wpływ na hypnozę. Jednem słowem mamy walkę, wzajemne przeciwdziałanie, jakby reakcyję podwójną między jednem i drugiem. W jednych doświadczeniach przy

jednych dozach widać tę walkę, można zauważyć jedno i drugie zjawisko, w innych występuje na pierwszy plan zjawisko pierwsze, t. j. przewaga hypnozy nad strychnizmem, nareszcie w innych — strychnizm przeważa hypnozę. Można przedstawić pewną zależność odpowiednich zjawisk od wielkości dawki: przy dawkach dużych, zabójczych, hypnoza nie ma wpływu na strychnizm, czyli ma miejsce zjawisko ostatnie, przy dawkach małych hypnoza głównie działa na strychnizm, nareszcie przy średnich mamy oddziaływanie wzajemne.

Czem się wyraża wpływ hypnozy na działanie jadu i odwrotnie? Pierwsze zjawisko charakteryzuje ta okoliczność, że ogólne objawy zatrucia strychniną u żab hypnotyzowanych zawsze są znacznie słabsze, niż u nieśpiących. Zjawisko to występuje bez wyjątku we wszystkich doświadczeniach, gdzie tylko stosowałem dawki małe i średnie; zjawisko to jest tak charakterystyczne, że mamy je przy warunkach do pewnego stopnia bardzo niepomyślnych dla żaby hypnotyzowanéj, n. p. przy nieco większéj dawce strychniny lub téż przy jednakowéj z drugim egzemplarzem dawce, ale zwierzę kontrolujące jest większe. Gdy już raz strychnina wykazała działanie słabsze, to trwa ono przez cały przeciąg czasu: strychnizm osiąga maximum swego działania w czasie hypnozy, jak u normalnych zwierząt, ale siła jego w pierwszym przypadku nigdy nie przechodzi i nie jest równą, a zawsze mniejszą, niż w drugim. Po godzinie, półtoréj od początku działania, gdy zwierzę umyślnie budzono, strychnizm nie nasilał się, ale pozostawał słabszym aż do zupełnego zniknięcia.

Drugie zjawisko wyraża się w têm, że hypnoza pod wpływem strychniny z głębokiéj staje się lekką, powierzchowną. Ta zmiana formy hypnozy zjawia się w 15—25 minut po wprowadzeniu jadu, kiedy jeszcze nie wystąpiły właściwe objawy zatrucia. Zwierzę, które do tego czasu znajdowało się w głębokim śnie i samo, lub od słabéj siły podrażnień zewnętrznych nie budziło się, nagle bez przyczyny wstaje albo po słabêm dotknięciu, stuku i t. p. Jeżeli je uśpimy, znów się budzi po minucie lub dwóch i to powtarza się kilka razy. Stan ten lekkiéj hypnozy trwa niedługo; gdy odruchowość się zwiększa i zjawiska strychninowe istnieją już pewien czas, hypnoza staje się znowu nieco głębszą, chociaż nie dochodzi do siły pierwotnéj.

Z wielu doświadczeń ze strychniną przytaczam tutaj protokuły kilku: w pierwszym z nich widać jasno oba zjawiska.

Do doświadczenia użyto dwóch żab, z których jedna była kontrolującą; druga, nieco mniejsza od pierwszéj, po trzech hypnotyzacyjach, wywołujących lekką hypnozę na 2—4 minuty, zasnęła głęboko. Gdy już sen głęboki trwał 25 minut, o g. 4-téj m. 47 wstrzyknąłem obu żabom po 0,00004 grm. strychniny. Po 2 minutach znowu hypnotyzowałem żabę, która bardzo łatwo głęboko zasnęła. Kontrolująca żaba pozostawała tymczasem pod kloszem szklanym z otworem u góry. O g. 5 m. 15 były już u niéj słabe objawy strychninowe, w tym samym czasie u zahypnotyzowanéj żaby oddechanie stało się częstszem w porównaniu z pierwotnem. O g. 5 m. 21 przebudziła się ona przy słabêm dotknięciu ołówkiem; uśpiono ją, po minucie wstaje sama. W przeciągu 5—6 minut ciągle się budzi; nareszcie po 3 hypnotyzacyjach zwierzę zasnęło dość głęboko. Objawów strychinowych nie można było jeszcze zauważyć. W tym samym czasie u żaby kontrolującéj okazują się objawy drgawkowe. O g. 5 m. 28 przy stukaniu ołówkiem o stół żaba ta drży całêm ciałem; hypnotyzowana śpi daléj spokojnie. Zauważę, że uderzanie o stół było robione w bliższéj odległości od śpiącéj, niż od nieśpiącéj żaby. O g. 5 m. 37 przy takiêm uderzeniu żaba pod kloszem drży całêm ciałem, u śpiącéj zaledwie można zauważyć słabe drżenie palców. O g. 5 m. 45 przy uderzeniu o stół u żaby pod kloszem powstają kurcze wszystkich czterech kończyn, u śpiącéj tylko słabe drżenie palców. O g. 5 m. 10 leżącéj żabie nadałem położenie normalne. Przy słabêm uderzeniu, prawie za dotknięciem kręgosłupa żaby kontrolującéj, cała ona podskakuje — pierwsza nawet przy stukaniu po kręgosłupie ołówkiem daje tylko słabe drżenie tułowia bez kurczów kończyn. Po 10 minutach mieliśmy te same objawy.

Z taką samą ilością strychniny powtórzyłem doświadczenie na dwóch innych parach żab, podobnych z wielkości do pierwszych i otrzymałem zupełnie te same rezultaty. W tych doświadczeniach zwierzę było obserwowane przez dwie godziny po przebudzeniu; przez cały czas objawy strychnizmu były słabsze, niż u żaby kontrolującéj.

W doświadczeniach z dawkami śmiertelnemi bardzo prędko po wstrzyknięciu jadu żaby głęboko śpiące ciągle się budziły. Objawy otrucia w tych razach nie były słabsze i nie różniły się zupełnie od objawów u egzemplarzy nieśpiących.

Nie zatrzymałem się tylko na tych doświadczeniach; posiadając wskazówki, że objawy odruchowe mniéj się zwiększają u hypnotyzowanych żab, niż u normalnych, w następnym szeregu doświadczeń badałem prądem przerywanym czułość skórną eo ipso, odruchowość u jednych i drugich egzemplarzy. Wiadomą jest rzeczą, że pod wpływem strychniny przez nasilenie drażliwości rdzenia, zwiększa się także czułość skórna. Doświadczenia moje wykazały, że pod wpływem strychniny, sądząc z siły prądu, odruchy u żab hypnotyzowanych zwiększają się w porównaniu z têm, co było w hypnozie; ale nasilenie to po większéj części nie dochodzi, zaś bardzo rzadko przewyższa tą odruchowość, która istniała przed hypnozą. Tymczasem u zwierzęcia normalnego odruchy nasilają się zawsze po nad normę. Takim sposobem nie tylko wrażenie subjektywne, ale i badanie objektywne dowodzi słabszego działania strychniny w czasie hypnozy.

Badanie prądem elektrycznym wykazało także, jak hypnoza pod wpływem strychniny zmienia swą formę i charakter. Przed daniem strychniny zwierzę po daniu odruchu w skutek podrażnienia elektrycznych najczęściéj nie budziło się; po strychninie przy tych warunkach budzi się ono zwykle.

Robiłem także doświadczenia takiego rodzaju, że zwierzę zatrute z istniejącemi już objawami strychnizmu hypnotyzowano; przytêm objawy strychnizmu istniały daléj, ale już w stopniu daleko słabszym i jednocześnie występowały symptomata hypnozy: katalepsyja, zmniejszenie odruchowości elektrycznéj.

Przytaczam dla przykładu doświadczenie, w którêm badano prądem elektrycznym.

U żaby otrzymuje się odruch z wewnętrznéj powierzchni biodra przy największéj odległości cewki wtórnéj od pierwotnéj 146—150 mlm. Po trzech hypnotyzacyjach wystąpiły objawy głębokiéj hypnozy (g. 4 m. 32). O g. 4 m. 50 badanie wykazało, że przy odległości 120 nie ma odruchu. Po 2 m. żaba się obudziła; hypnoza. O g. 4 m. 55 słaby odruch tylko przy 115—111 mlm.; zwierzę nie obudziło się. O g. 5 m. 5 wstrzyknąłem 0,000015 strychniny; po 2 m. uśpiono żabę. O g. 5 m. 12 budzi się sama o g. 5 m. 15 widoczne są słabe objawy zatrucia. Budzi się 2 razy bez przyczyny. O g. 5 m. 20 odruch przy 130 mlm., zwierzę budzi się szybko. Hypnoza. O g. 5 m. 22, odruch przy 128, budzi się. Hypnoza. O g. 5 m. 35 odruch przy 128, ale już się nie budzi. Sen staje się głębszym i spokojniejszym do g. 5 m. 45, kiedy nadawałem żabie normalne położenie. Zjawiska strychnizmu bardzo słabe.

Chcąc potwierdzić rezultaty otrzymane w doświadczeniach ze strychniną, zrobiłem seryę doświadczeń z tebainą, alkaloidem z opium, który działa podobnie tetanicznie, jak strychnina. Objektywnie działanie obu tych środków na żaby nie różni się i w doświadczeniach z hypnozą otrzymaliśmy zupełnie takie same rezultaty, jak w seryi poprzedniéj eks-

perymentów. Takim sposobem wszystko, co powiedziano odnośnie do strychniny, można powtórzyć ze wszystkiemi szczegółami względem tebainy, i w ogóle względem środków, drażniących rdzeń żaby. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

„O chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności“ przez Dra Teodora Heringa

ocenił

prof. Dr. Pieniążek.

(Dokończenie. Patrz Nr. 15).

Jeżeli się po têm streszczeniu pracy Heringa nad jego metodą zastanowimy, to widzimy, że myślą jej przewodnią jest usuwać zmiany gruźlicze krtani doszczętnie, dotrzeć w działaniu miejscowêm chirurgicznêm do tkaniny zdrowéj, która wtedy na rękoczyn podjęty oddziaływać musi jak każda zdrowa tkanina, t. j. przez eliminacyę części obumarłych i zabliźnienie powstałych utrat. Jest to zasada, któréj chirurgowie trzymają się w obec nowotworów, a mianowicie złośliwych, równie jak i w obec gruźlicy miejscowéj w innych miejscach. To też tak samo jak przy nowotworach niedokładne ich usunięcie chybia zupełnie celu, tak też i niszczenie lub usuwanie wytworów gruźliczych krtani, jeżeli nie jest zupełnem, nie może doprowadzić do wyleczenia. Co więcéj, tu jak tam wszelkie energiczne zabiegi, nie usuwające złogów chorobowych, doszczętnie drażnią tylko, a têm samêm pobudzać mogą ich szerzenie się. W obec téj prawdy łatwo nam pojąć dawniejszą obawę przed kauteryzacyią wrzodów gruźliczych. Nie silono się wtedy o doszczętne usunięcie nacieków, a wszelkie przyżeganie lapisem, którego kaustyczne działanie jest bardzo powierzchowne, mogło tylko drażnić pozostałe pod strupem gruźlicze złogi. Kwas mlekowy działając głębiéj w tkaninę niszczy dokładniéj gruźlicze nacieki, to też pozwala często przez konsekwentne stosowanie na usunięcie ich doszczętne. Jest to fakt, który nie tylko na mocy własnego doświadczenia potwierdzić muszę, ale który potwierdzony przez wielu znanych laryngologów nie może już ulegać wątpliwości. Przy głębszych jednak naciekach okazuje się i ten środek niedostatecznym, podobnież ma się rzecz i tam, gdzie nacieki pokryte jeszcze przybłonkiem nie pozwalają środkowi temu działać w głąb tkaniny. Ciągłe używanie w tych razach wcierań kwasem mlekowym nie tylko nie doprowadza do celu, ale drażniąc bezużytecznie szkodliwêm jedynie być może. To też Hering zaleca w takich razach działanie energiczniejsze,jak wypalanie kwasem chromowym lub chlorkiem cynku,albo też skaryfikowanie nacieków przed wcieraniem w nie kwasu mlekowego. Że w ten sposób bardziéj w głąb tkaniny działać można, łatwo każdy oceni. Tam, gdzie te metody są niedostateczne, zaleca łyżeczkowanie, a ewentualnie użycie szczypczyków. Samo przez się rozumie się, że tam. gdziebyśmy nie byli w stanie i tą metodą złogów gruźliczych doszczętnie usunąć, nie byłoby żadnego celu używać jéj. Że jednak w odpowiednich przypadkach można przy jéj pomocy dodatnie skutki osiągnąć, to muszę na mocy własnego, choć nie wielkiego jeszcze w téj mierze doświadczenia, stanowczo potwierdzić [1]) Potwierdza to również i Sokołowski na mocy znacznego własnego materyjału. przy czem zestawiwszy co do częstości przypadki samoistnego wyleczenia z przypadkami wyleczonemi za pomocą metod lokalnéj terapii, stanowczo za tą ostatnią przemawia (Wykład na V. Zjeździe lekarzy i przyrodn. polskich we Lwowie).

[1]) W doświadczeniach moich obok kwasu mlekowego, szczypczyków ostrych i łyżeczkowania, używałem także często galwanokautera, zamiast kwasu chromowego lub chlorku cynku do przypalań. Z galwanokautera w ogóle tak jestem zadowolony, że nie łatwo mógłbym się nakłonić do użycia jakiegokolwiek innego, t. j. chemicznego żeradła tam, gdzie się rozchodzi o wypalanie dość głębokie.

Jak z powyższego widać, przyznać musimy metodzie Heringa stanowczo pozytywną wartość w leczeniu suchot krtani. Zachodzi jednak pytanie, w jakich rozmiarach skuteczność tę przyznać jéj można, a ztąd jakie wskazania i przeciwwskazania dla niéj postawić należy. Hering zaleca ją wszędzie, jeżeli tylko w ogóle stan chorego na przeprowadzenie kuracyi konsekwentnéj pozwala, zaleca ją zatem bez względu na stan płuc, na szybkość szerzenia się sprawy w płucach, jeżeli tylko stan ogólny nie jest zanadto podupadły. Z innéj strony spotykamy twierdzenia, że wyników dodatnich tam tylko spodziewać się można, gdzie sprawa płucna nie okazuje skłonności do szybkiego rozszerzania się, ale przeciwnie raczéj dążność do gojenia przez wytwarzanie tkanki łącznéj (*phthisis fibrosa*) (Sokołowski: Wykład na V. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie). Historyje chorych Heringa przemawiają za têm, że warunek ten nie jest koniecznym, aby do wygojenia zmian w krtani doprowadzić. Z własnego doświadczenia nie mógłbym jeszcze na to pytanie odpowiedzieć, nie mogłem się bowiem dotąd odważyć na energiczniejsze zabiegi tam, gdzie sprawa w płucach dość szybko postępuje, a ograniczałem się głównie do przypadków z małym naciekiem bez dążności do szerzenia się przy stanie gorączkowym. Nasuwają się tu jeszcze i inne pytania: a mianowicie: 1) Czy w obec szybkich postępów suchot płucnych tak energiczne działanie w krtani nie może takowych bardziéj jeszcze podniecać, a têm samêm zgonu chorego przyspieszyć? 2) Czy przy szybkiéj recydywie wrzodów krtani nie będą się one rozwijać daleko szybciéj, niż gdyby w spokoju pozostawionemi zostały? 3) Czy wreszcie chorego, któremu tak nie wiele życia pozostaje, warto jest męczyć terapiją miejscową, bądź co bądź nieprzyjemną, która krótkotrwałą tylko poprawę i to jedynie tylko co do krtani obiecuje. Czy więc nie lepiéj w takim razie ograniczyć się do użycia morfiny, zwłaszcza w injekcyi, ewentualnie do kokainy miejscowo, aby choremu resztki życia znośnemi uczynić. Są to pytania ważne dla lekarza, których odpowiedź jednak nie jest łatwą i wymaga licznych doświadczeń. Pierwsze pytanie nasunął mi przypadek przed dwoma laty przezemnie leczony, gdzie u osoby względnie dobrze się mającéj z małym naciekiem w płucach, a wybujałą ziarniną na strunach głosowych i naciekami gruźliczemi pod ich brzegami, po kilkokrotnêm stosowaniu szczypczyków i galwanokautera dość nagle powstała gorączka, a naciek płuca szybko się rozszerzać począł. Czy jednak w zabiegach chirurgicznych była przyczyna pogorszenia? była to jeszcze i pora zmienna, jak łatwo w téj porze o pogorszenie u suchotników! Pojedyńcze więc fakta tego rodzaju nie mogą być brane jeszcze na karb miejscowego leczenia, a przypadki przez Heringa opisane za takiém przypuszczeniem nie przemawiają. Podobnież co do drugiego pytania zdają się one raczéj na korzyść metody przemawiać; w znacznéj większości przypadków zabliźnienie wrzodów trwało przez $1/2$ do 1 roku, a w obec stanu krtani, w jakim chirurgiczne leczenie podjęte zostało i szybkości rozwoju sprawy aż do chwili poddania się leczeniu przypuszczać można, że takowe bez lokalnéj terapii szybciéj i większe postępy zrobić by musiała. Czy jednak nie znajdą się przypadki, w których rzecz będzie się mieć odwrotnie, to dopiero dalsze doświadczenie rozstrzygnąć musi. W każdym razie doświadczenia Heringa przemawiają za tem, że wpływ niekorzystny chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani, czy to na zmiany gruźlicze płuc, czy na następowy rozwój gruźlicy w saméjże krtani nie do reguły, tylko do wyjątków należeć będzie. Że natychmiast tam, gdzie zmian gruźliczych bodaj w pojedyńczych częściach krtani doszczętnie usunąć się nie da, skutek terapii może być li tylko symptomatyczny i krótkotrwały, a lokalne zabiegi łatwo rozszerzanie się pozostałych złogów wywołać mogą, zwłaszcza gdzie i tak istnieje dążność do ich szybkiego rozwoju, to zdaje mi się nie ulegać kwestyi i wymaga ograniczenia metody do odpowiednich przypadków. Co do trzeciego pytania niezaprzeczenie są przypadki, w których daleko większą zrobimy choremu przysługę, ograniczywszy się li tylko do leczenia symptomatycznego; Hering to sam przyznaje, przestrzegając przed użyciem swéj metody w przypadkach nieodpowiednich. Roz-

chodzi się jednak o to, gdzie granicę między odpowiedniemi a nieodpowiedniemi do chirurgicznego leczenia postawić. Dzisiaj, gdy mamy do dyspozycyi środek taki jak kokaina, granica ta dalej może być postawioną, niżby to mogło mieć miejsce w czasach przedkokainowych; słusznie więc Hering podnosi znaczenie kokainy w rozwoju terapii gruźlicy krtani. Dziś możemy dokonywać chirurgicznych zabiegów w krtani zupełnie bez bólu i bez żadnych niemiłych uczuć dla chorego, zwłaszcza, jeżeli zamiast pędzlowań injekcyi kokainy użyjemy. Tak więc owo męczenie chorych tutaj odpada, przykrości chirurgicznych zabiegów redukują się prawie tylko do następowej reakcyji, jeżeli zatem dodatnie czynniki za pomocą lokalnych zabiegów osiągnąć można, takowe tém samém są wskazane. Jeżeli nadto uwzględnimy stany, w których bardzo przykre przypadłości występują, a które lokalną terapią usunięte być mogą, jak to n. p. miewa miejsce przy owrzodzeniach na tylnéj powierzchni chrząstek nalewkowych, albo na brzegu nagłośni, które sprawiają taki ból przy łykaniu, że chorzy czasem z obawy przed nim głodzą się, wtedy chirurgiczne leczenie jest ściśle wskazane, choćby nic innego choremu nie przyniosło, jak tylko zniesienie bolesności przy łykaniu, a tém samém umożebniło mu odżywianie się. Że tu energiczna, pod względem podanego przypadu często radykalna pomoc, ma większą wartość, niż ciągłe, czy to miejscowe znieczulanie kokainą, czy też morfiną (i to w injekcyjach, gdyż wewnętrzne jéj użycie bardzo mało w tych razach skutkuje), to zdaje się każdy przyznać musi.

Jak z tego widać, powitać musimy w pracy Heringa metodę zaokrągloną i wykończoną leczenia miejscowego zmian gruźliczych krtani, metody, dla której trudno jeszcze ściśle granice wskazań lub przeciwwskazań zakreślić, której jednakże dziś już pozytywną wartość w wielu razach stanowczo przyznać musimy, dla której zatém dziś już wskazania postawić możemy. Witamy więc tę metodę i jako prawdziwy postęp w dziedzinie terapii i jako korzystny nabytek dla cierpiącéj ludzkości i życzymy jéj szybkiego zwalczenia zapor, jakie dziś jeszcze pomiędzy laryngologami spotyka, a mamy nadzieję, że coraz mniéj spotykać będzie. Z drugiéj jednak strony przestrzedz winniśmy i przed nadużywaniem jéj, które nie przynosząc chorym żadnéj korzyści, samą metodę dyskredytować może.

Farmakologija.

Bucquoy (Paryż): **Strophantus w leczeniu chorób serca.**

Autor posługiwał się zwykle wyciągiem w postaci ziarnek po 0·001, zaczynając w pierwszym dniu od dawki dwóch ziarnek i posuwając się do trzech i 4 ziarnek dziennie. *Str. hispidus* jest środkiem nasercowym pierwszorzędnym. Podnosi nasilenie skurczów serca, gdy w wadach zastawek dwudzielnych wyrównywanie stało się niedostatecznem i zmniejsza objawy niedoskurczu, albo je zupełnie usuwa. W zwężeniu ujścia żylnego, gdy mięsień sercowy zaczyna się nużyć, działa ten lek, przewyższając działanie każdego innego lekarstwa. Objawy duszności ustępują natychmiast. W trzech przypadkach dusznicy bolesnéj i w jednym przypadku choroby Basedowa osiągnął B. bardzo dobre skutki za pomocą tego środka. W wadach zastawek, gdy mięsień sercowy zaczyna się męczyć, wtedy ten lek przynosi wielkie korzyści, podczas gdy naparstnica w takich przypadkach jest przeciwwskazana. Ustrój znosi bardzo dobrze *str.* przez długi czas. Lek ten nie posiada działania zbiorowego, jak naparstnica. W późniejszych okresach chorób sercowych, jeżeli równocześnie istnieje miażdżyca tętnicy głównéj i zajęcie nerek, oczywiście *str.* żadnego skutku nie wywiera. Autor przekonał się, że lek ten posiada stałe działanie moczopędne. (*Intern. klin. Rundschau* 1889. Nr. 5). *Dr. R. Spira.*

Okulistyka.

Leopold Weiss: **O leczeniu śluzotoku woreczka łzowego u noworodków.**

Autor, opierając się na kilku przez siebie leczonych i przez dłuższy czas dokładnie spostrzeganych przypadkach téj choroby u noworodków, zresztą w tym wieku niezbyt częstéj, zwraca uwagę na dobre i szybko dające się osiągnąć wyniki leczenia, nawet w przypadkach daleko posuniętych, gdzie w skutek następowego zapalenia woreczka łzowego, przebicie na zewnątrz zdawałoby się być nieuniknionem. Rokowanie jest lepsze niż u dorosłych. Postępowanie zaś podobne, jak w téj chorobie u dorosłych, t. j. polega na baczeniu na jamę nosową, czystem utrzymywaniu oka, zapuszczaniu środków lekko ściągających, a przytém na sondowaniu woreczka łzowego. Ostatni zabieg autor poleca jako sposób ochraniający, t. j. bez przecinania przewódki łzowéj (a dla łatwiejszego przystępu u dziecka zwykle niespokojnego obiera on zawsze przewódkę dolną), rozszerzenie bowiem takowéj sondą stożkową ma zupełnie wystarczać. Przy sondowaniu samém zauważył, że zgłębniki cienkie Bowmana nr. 1 i 2 nie odnoszą należytego skutku, a grubsze z trudnością dają się wprowadzić do obrzmiałego przewodu noso-łzowego, poleca więc zgłębnik odpowiadający na dolnym końcu Nrowi 1-szemu Bowmana, a na 12—14 mm. od końca mający już grubość Nru 3-go, co robi wprowadzenie łatwém a umożliwia należyte rozszerzenie przejścia woreczka łzowego w przewód noso-łzowy, ułatwiając przez to szybki odpływ wydzieliny. Z przytoczonych historyj chorób widać, że po kilkunastu a nawet po kilku wprowadzeniach takiego zgłębnika osiągał autor zupełne i trwałe wyleczenie, nawet jak wyżéj wspomniano w przypadkach ciężkich. (*Klin. Monatsbl. für Augenhlk.* Styczeń 1889). *Dr. Podgórski.*

Otyjatryja.

(†) Dr. Glarence Blake podaje, że telefony wywierają na słuch wpływ szkodliwy. Dźwięki w telefonie są bardzo słabe i ucho musi natężać się, ażeby je usłyszeć. Przez to występuje silne znużenie ucha, tak, że następnie staje się ono bardzo czułem na zwykłe dosyć głośne szmery i dźwięki. (*Wracz* Nr. 9 1889 r.).

Choroby nerwowe.

Ladame (Genewa): **O t. z. „Epilepsia procursiva."**

W końcu dłuższéj rozprawy dochodzi autor na podstawie całego szeregu doświadczeń do następujących wyników: 1) Padaczka prokursywna jest taką postacią téj choroby, któréj napad oznacza się przymusowemi ruchami naprzód, połączonemi zwykle z głośnym krzykiem, nieprzytomnością, rzadko z t. z. *aura epileptica.* 2) Jestto choroba właściwa wiekowi dziecięcemu i młodocianemu. 3) Może przetrwać kilka lat, nim przechodzi w zwykłą padaczkę; w okresie przejściowym napady mogą się zmieniać i przyjąć raz taką, drugi raz inną postać. Przejście to może nastąpić rychło albo późno, albo wreszcie nagle. 4) Nie można dokładnie określić miejsca anatomicznego choroby. Nic nie uprawnia do przypuszczenia uszkodzenia móżdżka jako organicznéj przyczyny téj choroby. 5) To zboczenie zdaje się szczególnie rozwijać u osób dotkniętych znacznem uszkodzeniem mózgu. Jest jednak prawdopodobném, że ta postać padaczki, równie jak inne postacie, może wystąpić i bez wykazalnych zmian anatomicznych w ośrodkach nerwowych. 6) *Epilepsia procursiva* często jest skombinowaną z obłąkaniem moralnem. W leczeniu bardzo ważném jest odosobnienie chorego, bez którego wszelkie inne zabiegi muszą być bezskutecznémi. Po największéj części koniecznie potrzeba oddalić dziecko od rodziców, od otoczenia i stosunków, wśród których choroba powstała. Autor poleca gorąco urządzenie w zakładach dla obłąkanych osobnego oddziału dla dzieci umysłowo chorych lub też padaczką dotkniętych. (*Intern. klin. Rundschau* 1889 Nr. 5, 6, 7 i 8). *Dr. R. Spira.*

Choroby weneryczne.

Straus: **Obecność gonokoków Neissera w wydzielinie cewki w przebiegu zapalenia powstałego bez spółkowania.**

Chłopiec 16 letni, który od 12-go roku życia oddawał się onanii, został przyjęty do szpitala z objawami zapalenia ropnego cewki moczowéj. Podaje on, że kiedy w ośm dni przed przybyciem do szpitala onanizował się dłużéj niż zazwyczaj, uczuł po dwóch dniach ból palący w ujściu cewki, a wkrótce wypływać poczęła z ujścia ciecz ropna. Jako dalsze objawy zapalenia skonstatowano bóle przy oddawaniu moczu, częste i bolesne wzwody. Chory stanowczo i niezmiennie wciąż utrzymywał, że nigdy nie spółkował. Badanie bakteryjologiczne wydzieliny wykryło w nich koki, nie różniące się niczem od gonokoków Neissera i posiadające wszystkie własności tychże. Jeżeli podania chorego były prawdziwe, (a autor ma pewne powody do wierzenia tym po-

daniom), to spostrzeżenie opisane dowodziłoby, że gonokoki mogą istnieć w cewce zdrowéj jako nieszkodliwe saprofity i mogą w danych warunkach, pod wpływem drażnienia, po uszkodzeniu przybłonka stać się powodem zapalenia. (*Archives de Médecine expérim. et d'anat pathol.* 1889 Nr. 2). *A. B.*

Toksykologija.

Prof. Guelfi Filomusi (Pawia): **Przypadek otrucia arszenikiem kobiety ciężarnéj.**

Kobieta 22 lat licząca, po wypiciu filiżanki kawy, zdradzającéj szczególny jakiś smak, dostała nagle przypadów żołądkowych i jelitowych, jak wymiotów, uczucia palenia w żołądku, bardzo silnego pragnienia, biegunki i kurczów, przyczém wystąpiły objawy gorączki. Po krótkim czasie wymioty ustały, a biegunka daléj trwała. Po upływie 11 dni wystąpiły porażenia odnóg, a w 7 dni potém kobieta powiła. Porażenie coraz bardziéj się wzmagało, a zajęte były mięśnie wyprostne; w końcu nastąpił zanik odnóg. Sledztwo wykazało, że sam mąż włożył do kawy, którą żona wypiła, kilka kawałków arszeniku. Rozwój choroby, jéj objawy, jako téż przebieg objawów porażennych, jak niemniéj objawy z strony narządu pokarmowego wskazywały na pewne otrucie arszenikiem. Badanie chemiczne poronionego płodu dało wynik ujemny, z czego jednak nie wynika, żeby można było wykluczyć powyższe otrucie, gdyż wiele trucizn wcale z matki do płodu nie przechodzi, a dla niektórych trucizn przejście to jest niestałem. (*Inter. kl. Rundschau* 1888).

Dr. Bąschkopf.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Sekcyja lwowska.

Posiedzenie naukowe z dnia 15 grudnia 1888 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. Czyżewicz: Obecnych członkow 29 [1]).

Kol. Przewodniczący otworzył dyskusyję nad wykładem kol. Bylickiego: „O leczeniu chorób kobiecych metodą Thure Brandta". W niéj zabiera głos kol. Sielski. On dzieli zabiegi lecznicze, którémi posługuje się Thure Brandt na trzy grupy: 1) mięsienie, 2) szwedzka gimnastyka i 3) zabiegi przez Thure Brandta wymyślone. Pierwsze dwie grupy były już przed Brandtem znane, polecane, a nawet stosowane w ginekologii. Przyczyną powstania grupy trzeciéj był przypadek, który zrządził, że w braku lekarza udał się przed 30 laty do Thure Brandta chory ze świeżem wypadnięciem odbytnicy. Thure Brandt, chociaż w sposób nieracyjonalny, jednakowoż chorego wyleczył. To skłoniło go, że w kilkanaście lat późniéj próbował leczyć wypadniętą macicę w sposób podobny, jaki stosował wówczas przy leczeniu wypadniętéj odbytnicy. Przez powłoki brzuszne ujął rękoma macicę i pociągał ją w górę w kierunku do przepony. Zabieg okazał się istotnie skuteczny i chora wyzdrowiała. Jako gimnasta tłumaczył sobie Thure Brandt wyleczenie w ten sposób, iż sądził, że przez ten zabieg wzmocnił mięśnie utrzymujące macicę i na podstawie téj hipotezy zbudował cały system leczenia różnych chorób kobiecych. Od dwu lat, kiedy metoda lecznicza Thure Brandta stała się więcéj znaną i przez lekarzy aprobowaną, wszyscy ginekologowie przyjęli hypotezę Th. Brandta za słuszną. Kol. Sielski jednakowoż twierdzi, że zwolennicy Thure Brandta zapominają o jednym ważnym pewniku fizyjologicznym, że mięsień żadną miarą nie może utrzymywać jakiegokolwiek narządu stale w pewném położeniu, gdyż każdy mięsień się męczy i potrzebuje po pracy odpoczynku. Przy rozkurczu, który zawsze nastąpić musi prędzéj lub późniéj po skurczu mięśnia, musiałby zatem narząd napowrót powrócić do przedtém zajmowanego położenia, więc wypadnięta przedtém macica musiałaby napowrót wypaść. To też kol. Sielski uważa hipotezę Thure Brandta za nieprawdziwą. Natomiast sądzi, że przez unoszenie odprowadza się macicę do prawidłowego położenia tak samo, jak się odprowadza zwichnięty staw za pomocą naciągania zwichniętéj części. Przy wypadaniu macicy oddziela się tylna ściana pochwy od odbytnicy, a oddzielone powierzchnie pochwy i odbytnicy pokrywa rozciągnięta otrzewna. Otóż przy dotychczasowym sposobie odprowadzania wypadniętéj pochwy i macicy nie przywracaliśmy napowrót bezpośredniego połączenia pochwy i odbytnicy, lecz przeciwnie pomiędzy pochwą a odbytnicą pozostała pewnego rodzaju przepuklina (*enterocele vaginal. posterior.*) i dlatego dotychczasowe odprowadzanie było niezupełne. Nie tak po unoszeniu macicy. W skutek unoszenia oddziela i wyciąga się otrzewnę z jamy przepuklinowéj i w ten sposób umożebnia się prawidłowe połączenie, a następnie i zrośnięcie tylnéj ściany pochwy z przednią ścianą odbytnicy — jednem słowem odprowadzenie staje się zupełnem. Daléj powołuje się kol. Sielski na to, co już podniósł na jednêm z poprzednich posiedzeń, a mianowicie, że się nie zgadza z metodą odprowadzania wypadniętéj macicy Thura Brandta i wspomina o swoim sposobie. Kol. Sielski leczył dotychczas podług swojéj metody sześć przypadków wypadnięcia macicy, z tego pięć z wynikiem zupełnie korzystnym, a w jednym przypadku chora przerwała leczenie. Za najlepszy dowód nieprawdziwości teoryi Brandta uważa tę okoliczność, że nikt nie potwierdził, jakoby Brandtowi udawało się istotnie wyleczyć tyłozgięcie macicy i że Brandt nie wyleczył ani jednego przypadku tego zboczenia w klinice Schultzego w Jenie. To téż nie dziwi się, że Brandt — jak sam powiada — „daremnie wytężał całą potęgę swego umysłu i innych na darmo radził się, w jaki sposób możnaby wzmocnić wiązadłą okrągłe". A przecież wiadomo, że wiązadła okrągłe składają się przeważnie z tkanki mięsnéj i że właśnie przy leczeniu tyłozgięcia macicy przedewszystkiem powinnaby się była metoda Thure Brandta okazać skuteczną, gdyby jego teoryja była istotnie prawdziwą. — Kol. Bylicki zaznacza, że kol. Sielski rozbierając szczegółowo to, z czego się składa metoda Brandta przychodzi do przekonania, że Brandt właściwie nic nowego nie stworzył, gdyż mięsienie i gimnastyka były już dawniéj znane. Otóż on stanowczo musi przytém obstawać, że zasługą Brandta jest stworzenie metody i wykształcenie w wysokim stopniu najlepszéj możliwie kombinacyi mięsienia z właściwemi ruchami gimnastycznemi. Tak rozbierając rzecz, jak ją rozbiera kol. Sielski, możnaby odmówić zasługi wynalazcy jakiéj użytecznéj maszyny twierdząc, że kółka, walce i sprężyny dawno były znane. Że ruchy przez Brandta zalecane bardzo dzielnie wspierają leczenie szczególnie zlepów macicznych i jajnikowych, w których rozdzielaniu Brandt jest mistrzem, dowodzi najświetniéj przypadek z kliniki Schultzego w Jenie, którego uleczenie nie powiodło się Nissenowi (nieużywającemu ruchów gimnastycznych w leczeniu), a powiodło się w krótkim czasie Brandtowi. Co do leczenia tyłozgięcia macicy, to obecnie ma kol. Bylicki w praktyce dwie chore, które po zupełnem odprowadzeniu macicy obchodzą się bez krążków, lecz codziennie przychodzą do kontroli dla wykonania podniesienia macicy. Czy da się osiągnąć rezultat trwały, to dopiero dłuższa obserwacyja może wykazać. — Kol. Czyżewicz widzi w metodzie Brandta cenny środek leczniczy, ale nie dający się zawsze z pewnym skutkiem zastosować; nie należy więc i o innych sposobach leczenia zapominać. N. p. za pomocą metody Brandta nie zawsze można wyleczyć chorą z tyłozgięcia macicy, bo jakkolwiek zdoła się macicę tak podnieść, że uderza o palce na brzuchu ułożone, to przecież macica zachowuje dawny kształt tyłozgięcia. Natomiast za pomocą sondy częstokroć udaje się zrobić dokładną repozycyję. Niezawodnie są przypadki tyłozgięcia, w których i sonda zawodzi. Daléj kol. Czyżewicz podnosi, że im kto większą technikę posiada w zastosowaniu pewnéj metody, tém lepsze osiąga wyniki. Z tego punktu widzenia nie dziwi się świetnym wynikom, jakiemi Brandt się chlubi, zwłaszcza, że mu przychodzą z dzielną pomocą słynne gimnastyczki szwedzkie. W dalszéj dyskusyi przemawiali jeszcze kol. Bylicki i kol. Sielski.

Sekrekarz: *Dr. Wiczkowski.*

[1]) Protokół ten redakcyja otrzymała d. 12 b. m., a więc po zamknięciu Nru 15-go.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

— Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dn. 9 b. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którém fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości daty odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w Krakowie. W roku 1888 zmarło 2461 osób, co stanowi z obcymi 33.2, bez obcych 24.5 na 1000. Chorobom zakaźnym uległo 15.2% ogółu zmarłych. W styczniu r. b. zmarło 185 czyli z obcymi 29.5‰, bez obcych 20.7‰, z czego 10.2% z chorób zakaźnych. Odpowie-

dnie liczby dla lutego były 188, 29.8‰, 22.4‰ i 9.0%, dla marca zaś 232, 37‰, 25.3‰ i 7.3%. Kwartał więc ubiegły należy do najpomyślniejszych pod względem chorób zakaźnych. Pomiędzy dziećmi prócz kilku przypadków płonicy nie panuje żadna choroba zakaźna. Starsze osoby zapadają dosyć często na zimnicę. Przeciw durowi osutkowemu wystąpiono energicznie i skutecznie, do czego przyczyniły się znacznie stósowne rozporządzenia starostwa wielickiego, zapobiegające zawlekaniu wymienionéj choroby do szpitala św. Łazarza w Krakowie. Odbywano rewizyje mleczarń, chajderów, ogrzewalni i t. d. Badanie chemiczne wódek, sprzedawanych w szynkach nawet najniższego rzędu, nie wykryło w nich aniliny. Za nieprawne wydawanie lekarstw skazano jedną osobę na grzywnę w kwocie 50 złr. Projekt przepisów o desinfekcyi mieszkań, w których przebywały osoby chorobami zakaźnemi dotknięte, wypracowany przez fizyka miejskiego przyjęto prawie bez zmiany tak, iż razem z przepisami o desinfekcyi przedmiotów używanych przez chorych, przez komisyję dawniéj uchwalonemi, będzie można niebawem zaprowadzić w Krakowie powszechny obowiązek desinfekcyi w chorobach zakaźnych. Delegatem do komitetu miejskiéj pracowni chemicznéj wybrano r. m. Dra Bandrowskiego. Po załatwieniu kilku spraw administracyjnych zwrócił r. m. Dr. Domański uwagę na potrzebę zbadania w szkołach miejskich ławek mających wielkie znaczenie dla zdrowia dzieci. Potrzebę tę uznano a do przedłożenia odpowiednich wniosków na jedném z następnych posiedzeń wyznaczono podkomisyję z Doktorów Obalińskiego i Rydla, r. m. Dr. Wiszniewskiego i Dra Buszka. Ponieważ z bardzo cennéj pracy pp. Prof. Dra Olszewskiego i Trochanowskiego nasuwa się podejrzenie, że woda w Wiśle (badana po zaczerpnięciu przy klasztorze Zwierzynieckim) pod Krakowem zanieczyszcza się, przeto na wniosek r. m. Dra Domańskiego postanowiono tę ważną okoliczność badać systematycznie. Wypadek badania zmian wysokości wody gruntowéj, odbywającego się już od pewnego czasu, uchwalono podawać regularnie co miesiąc do publicznéj wiadomości za pośrednictwem Przeglądu Lekarskiego i miejscowych dzienników politycznych.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 kwietnia. Wkrótce po śmierci nieodżałowanego protomedyka ś. p. Biesiadeckiego rozeszła się wieść, że posadę po nim opróżnioną p. Namiestnik ofiarował prof. Korczyńskiemu. Wieść ta okazała się prawdziwą, a zarazem dowiedziano się, że prof. Korczyński prosił o kilka dni czasu do namysłu. Uczniom, wielce do profesora swego przywiązanym, zależało oczywiście na tém, aby w miarę sił swych słabych wpłynęli na jego pozostanie w Krakowie. To też we czwartek wszyscy uczniowie medycyny, pozostali w Krakowie wśród wakacyj wielkanocnych, udali się do prof. Korczyńskiego, a w ich imieniu kand. med. Łepkowski prosił profesora, aby pozostał na swojém stanowisku i pracował daléj dla dobra ich i Uniwersytetu. Prof. Korczyński podziękował młodzieży za ten objaw przywiązania i oświadczył, że wezwany przez p. Namiestnika jeszcze nie wypowiedział ostatniego słowa i że uczyni to po głębokiéj rozwadze. W piątek wieczór przy widzeniu się z p. Namiestnikiem oświadczył prof. K., że ofiarowanéj sobie posady protomedyka nie przyjmuje, pragnąc nadal poświęcić się Uniwersytetowi, którego jest wychowańcem i w którym od lat 15 jest profesorem, a tém samém prowadzić daléj pracę około dobra młodzieży. Zaledwie wiadomość ta rozeszła się po mieście, gdy uczniowie medycyny postanowili w dowód wdzięczności uczcić profesora swego korowodem z pochodniami. Szybko urządzili pomiędzy sobą składkę i wieczorem w sobotę poważny poczet młodzieży udał się przy odgłosie muzyki z pochodniami przed mieszkanie profesora, gdzie zatrzymało się czoło korowodu, a do mieszkania udała się deputacyja uczniów Wydziału lek. (po 2 z każdego roku) i Czytelni akademickiéj, w imieniu któréj przemawiali kand. med. p. Ruczka i sekretarz czytelni p. Grzybowski, podnosząc zasługi profesora i dziękując za życzliwość jego. Prof. Korczyński w odpowiedzi oświadczył, że mając do wyboru między posadą wpływową i bogato uposażoną, jednak na teraz nie wolną od zawisłości, a stanowiskiem obecném, wołał zatrzymać zakres działania szczuplejszy, lecz niezawisły i na nim pracować daléj, kształcąc młodzież na dzielnych lekarzy, których uważa zarazem za pionerów oświaty. Od młodzieży nawzajem żąda współdziałania, a głównie uwolnienia się od szerzącego się coraz bardziéj indyferentyzmu, nie dzielenia się na liczne kółka i kółeczka, lecz łączenia się dla wspólnéj pracy.— Dziekan Wydziału lek. prof. Rydygier zawiadomiony przez profesora K. o nieprzyjęciu ofiarowanéj sobie posady we Lwowie, zwołał na poniedziałek 15 bm. poufne zebranie członków Wydziału, na którém zapadła jednomyślna uchwała, aby na najbliższem posiedzeniu Wydziału dziekan wyraził prof. Korczyńskiemu podziękowanie wszystkich członków za pozostanie jego nadal na ważnéṁ stanowisku profesora, ażeby uchwałę tę zapisano do protokółu a dziekan zdał sprawę Ministerstwu Oświecenia i z uchwały i ze zdarzenia, które ją wywołało, przedstawiając przy téj sposobności ponownie i dobitnie potrzebę uczynienia zadosyć postulatom, które prof. Korczyński ze względu na umieszczenie kliniki lekarskiéj, jej dotacyję i t. d. kilkakrotnie, a dotąd bez skutku był wyraził.

Tak więc sprawa ta pomyślnie dla Uniwersytetu została załatwioną; Wydział lekarski zatrzymuje dzielnego profesora, uczniowie zasłużonego i zdolnego nauczyciela i opiekuna młodzieży, Towarzystwo lekarskie gorliwego i pracowitego członka, a „Przegląd Lekarski" życzliwego przyjaciela i tak cennego współpracownika.

* Akademija Umiejętności w Krakowie nadała stypendyjum tegoroczne ś. p. Gałęzowskiego w kwocie 5000 franków Drowi Obrzutowi, docentowi anatomii patologicznéj w Pradze czeskiéj i asystentowi prof. Hlavy.

* Otrzymaliśmy pierwszy zeszyt Seryi I. *Odczytów klinicznych*, wydawanych przez redakcyję *Gazety Lek.* w Warszawie Zeszyt ten zawiera: Heubnera „Dyfteryt szkarlatynowny i jego leczenie" w tłumaczeniu Dra Dunina.

* W ubiegłém półroczu liczba uczniów medycyny w Uniwersytetach przedlitawskich była następująca: w Wiedniu 2648 (50·7% wszystkich uczniów), w Wydziale czeskim w Pradze 1092 (46·2 %), w Wydziale niemieckim w Pradze 622 (42·8%), w Gracu 522 (40·3%), w Krakowie 521 (43·2%), w Insbruku 261 (30·3%).

(T) **Rosyja.** Od marca zaczęło wychodzić w Petersburgu nowe czasopismo p. t. *Medicina* pod red. Dra Wasiljewa. W próbnym, przysłanym nam Nrze 2, znajdujemy: opis przypadku 30 lat trwającego rozwolnienia, a które zostało wyleczone po paru miesiącach salicylanem bizmutu (po 6 gr. 3 razy dziennie), następnie obserwacyję Obalińskiego i Jaworskiego „rezekcyja odźwiernika", wyjętą z Nru 5-go *Wiener klin. Wochen.* Pismo tanie (6 r. rocznie), wychodzi 2 razy tygodniowo, latem zaś raz na tydzień; przeznaczone specyjalnie dla praktykujących lekarzy, podając im głównie przekłady i streszczenia z obcéj literatury.

(†) W Akademii w Petersburgu zawakowała katedra patologii szczegółowéj chirurgicznéj i terapii, ponieważ zajmujący ją dotychczas prof. Pelechin ustąpił z powodu wysłużenia 25 lat.

(†) **Francyja.** Zjazd międzynarodowy w Paryżu w kwestyjach terapii i farmakologii będzie rozdzielonym na 2 sekcyje: terapeutyczną i farmakologiczną, które będą zgromadzać się częścią oddzielnie, częścią razem. Przyjmować w nim udział mogą lekarze, farmaceuci, weterynarze za opłatą 10 fr. Oddane są do dyskusyi następujące referaty: 1) O środkach ból kojących i obniżających temperaturę (Dujardin Beaumetz). 2) O środkach antiseptycznych przeciw rozmaitym rodzajom bakteryj (Constantin Paul). 3) O środkach wzmacniających serce (Bucquoy). 4) O nowych środkach lekarskich roślinnych (Planchon). 5) O ujednostajnieniu miar i wag w zapisywaniu lekarstw i o konieczności farmakopei międzynarodowéj (Shaer).

Zjazd chirurgów francuskich odbędzie się w tym roku w Paryżu od 7—13 października pod przewodnictwem Larreya. Będą omawiane następujące kwestyje: 1) Bezpośrednie i dalsze skutki operacyj, wykonywanych z powodu miejscowych cierpień gruźliczych. 2) Leczenie chirurgiczne zapalenia otrzewny. 3) Leczenie tętniaków na kończynach. (*Wracz*, 1889 Nr. 11).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Dr. Petri, kustosz muzeum higijenicznego, mianowany został radzcą rządowym i członkiem ces. Urzędu zdrowia. — **Bonn.** Prosektor Dr. Schiefferdecker mianowany został profesorem nadzw. — **Budapeszt.** Drowie Schächter i Schwarz habilitowali się, ostatni jako docent neuropatologii, pierwszy jako docent „leczenia ran". —

Praga. W skutek przeniesienia prof. Kahlera do Wiednia zastępować go będzie w półroczu letniém asystent Dr. Kraus.

* **Wiadomości osobowe.** P. Minister spraw wewnętrznych zamianował rodaka naszego, Dra Edmunda Neussera, docenta prywatnego i asystenta klinicznego, prymaryjuszem w statucie prymaryjuszów szpitali wiedeńskich.

* **Nekrologija.** Zmarli: Dr. Roman Ignatowski (urodz. w r. 1805, ozdobiony krzyżem „Virtuti Militari" w 1830, zasłużony głównie koło zdrojowiska w Ciechocinku); w Korsówce na Inflantach Dr. Julijan Jabłonowski (ur. w r. 1832, promowany w r. 1858 w Dorpacie, praktykował na Podolu, pochowany w Warszawie); w Kiszyniewie Dr. Kazimierz Malewski, starszy lekarz dragonów; Dr. Malicki, lekarz powiatu latyczewskiego i Dr. Józef Popławski, lekarz pow. sudogodzkiego w guber. włodzimierskiéj.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.
W Gazecie Lek. Nr. 15: Dmochowskiego: O wtórném cierpieniu migdałów gardz. i gruczołów woreczkow. na podstawie języka u suchotników; Winawera: O zapal. fałd Douglasa i tegoż leczeniu metodą Thure Brandta; — W *Medycynie* Nr. 15 Majkowskiego: Sprawozd. z prakt. lek. u wód mineral. w Busku w r. 1888. — W *Pamiętniku Tow. Lek. warsz.* 1889. 1.: Drobnika: O charłactwie śluzowo-opuchlinowém; Funka: Studyja klin. nad mięsakami skóry; Zawadzkiego: Wpływ wstrzk. podsk. znacznych ilości 0·07% roztworów soli kuchennéj (c. d.); Biernackiego: Wpływ na krew i mocz roztw. solnych (c. d.); Siergiejenki: Materyjały do badań nad działaniem adonidy na ustrój (c. d.).

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. Z. H. w Z. (Dalmacyja). Otrzymaliśmy, wyrównane za rok ubiegły.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.